69e Année. 11e Série. Tome I. N° 11 12 Mars 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : La dépréciation des honoraires médicaux, par Marcel Baudouin. — Ophtalmologie : Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse, par Georges Desvaux (*Suite et fin*). — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : *I. La Médecine. II. La Chirurgie.* — Variétés : L'acquittement du Dr Laporte. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie. — La guérison de la morsure des serpents. — Les Livres nouveaux. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique. — Petite Correspondance.

BULLETIN

La Dépréciation des Honoraires Médicaux.

On a beaucoup crié contre les honoraires élevés demandés par certains médecins ou chirurgiens célèbres. On a eu souvent tort. Ce qui doit, en ces sortes d'affaires, entrer principalement en ligne de compte, c'est la loi de l'offre et de la demande. Au client de juger si l'homme de l'art lui paraît, oui ou non, l'écorcher jusqu'au sang.

Evidemment, il ne faut rien exagérer en ces matières, car le raisonnement que nous venons de tenir pourrait tourner contre nous-même dans la question de la dépréciation des honoraires médicaux. On pourrait nous répondre : « Que vous importe, si je veux me contenter de 0 fr. 50 par visite? C'est mon affaire, et non la vôtre! » C'est clair. Il n'y a aucune loi, aucune personne au monde capable d'empêcher un médecin diplômé d'exercer *gratuitement* la médecine. Un boucher peut toujours *donner* sa meilleure viande aux pauvres!

La vérité est donc dans une saine moyenne; mais, aujourd'hui, nous ne voulons parler que des honoraires trop faibles. On nous signale, entre autres, l'exemple suivant. Un ophtalmologiste célèbre de Paris, ancien interne des hôpitaux, opérerait pour 20 francs des cataractes chez des personnes de la classe moyenne. Nous n'en voulons rien croire et sommes convaincu que notre reporter a été induit en erreur. Mais, à supposer que cela soit, — nous connaissons bien des médecins qui font, par force, des visites médicales à 1 ou 2 kilomètres de leur village pour 40 centimes! —, cela est déplorable et vraiment désastreux.

Au point de vue du droit, il est certain qu'on ne peut pas empêcher un gynécologiste de faire une laparotomie pour 10 francs; mais, franchement, pour l'honneur du corps médical, ne vaudrait-il pas mieux qu'il opère pour rien? Certes, 10 francs ou 20 francs, c'est toujours bon à prendre! Je sais bien que lorsque, à nous autres, pauvres journalistes, on nous offre 10 francs pour une besogne qui exige 5 heures de travail, nous sommes ravis, enthousiasmés! Mais il est entendu que l'homme de lettres, médiocre ou même moyen, doit surtout vivre d'amour, d'eau fraîche et de gloire posthume! Il est entendu que c'est un artiste, un passionné pour son art et son métier! Mais l'ophtalmologiste, le gynécologiste, l'oculiste, le laryngologiste, le radioscopiste, l'électrothérapeute, l'hydrologiste, etc., etc., n'ont, la plupart du temps, rien de l'artiste convaincu; ils n'ont donc pas cette dernière excuse!

Si les spécialistes n'y prennent garde, il leur faudra donc bientôt établir un tarif d'honoraires minima, à l'exemple de certains Syndicats médicaux de province; tel celui de la Sarthe, que je connais bien, puisque je l'ai sous les yeux au moment où j'écris ces lignes, à l'orée d'une des forêts célèbres de ce beau département! Nous attirons sur ce point l'attention des Sociétés de spécialistes de France; car, si elles le veulent, elles peuvent certainement, sans recourir à la création de Syndicats particuliers, parvenir à

arrêter sur ce terrain glissant ceux de ses membres qui s'oublieraient trop. Il n'est pas raisonnable de supposer qu'un médecin spécialiste ne puisse pas avoir autant de dignité qu'un misérable journaliste ou un pauvre médecin de campagne!

Marcel BAUDOUIN.

OPHTALMOLOGIE

Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse.

Par le Dr Georges DESVAUX (d'Angers),
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Interne de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu,
Et de la Clinique oto-laryngologique de Lariboisière.

Suite et fin (1).

Ce que Arlt décrit sous le nom de kératite rhumatismale se distingue de notre kératite parenchymateuse; car après quelques jours elle disparaît. Parinaud, Leplat, Buruma admettent aussi la possibilité d'une kératite parenchymateuse d'origine rhumatismale; M. Fournier également. Keries dit que la kératite parenchymateuse qui apparaît pendant un rhumatisme articulaire, ne se distingue en rien de celle qui a pour cause la syphilis. Le Dr Loukaetis, élève de M. Panas, cite le rhumatisme comme cause de cette affection. M. Abadie paraît avoir observé des cas semblables chez des individus âgés de plus de 30 ans, avec cette particularité que les lames superficielles de la cornée étaient seules infiltrées. Albrand a constaté, sur 123 cas de kératite parenchymateuse, 12 avec un rhumatisme articulaire net, et 18 cas de rhumatisme musculaire. Vossius indique la même étiologie pour cette maladie. Von Hippel en rapporte trois observations avec complications cardiaques.

La goutte peut également provoquer l'apparition de kératites parenchymateuses.

Les rapports étiologiques entre la kératite parenchymateuse et la malaria, ainsi que la fièvre paludéenne, sont également assez fréquents.

Poncet, de Cluny, a, le premier, signalé en 1884 l'impaludisme comme pouvant jouer un rôle dans les affections de l'œil et particulièrement dans la kératite parenchymateuse, et il cite de ces faits trois exemples où la guérison a été uniquement due au sulfate de quinine. Pour M Javal même, exerçant à Sens, ville à côté de laquelle se trouve un foyer de malaria, cette kératite serait un signe pathognomonique qui lui servirait à reconnaître la cachexie palustre.

M. Landolt partage l'opinion de MM. Poncet et Javal. Il est certain pour lui que la syphilis n'est pas la seule cause des kératites interstitielles. Les bons résultats que donne souvent un traitement général approprié prouvent manifestement l'influence des cachexies diverses.

Haltenhoff est d'avis qu'il existe certains états de dénutrition générale qui, en dehors de toute influence spécifique, peuvent produire dans la jeunesse, et surtout dans l'adolescence, une kératite double offrant les mêmes caractères cliniques que celle due à l'hérédo-syphilis.

Kniess pense que la kératite parenchymateuse accompagnant la malaria, se passe sans formation de vaisseaux.

Mandelstamm, Raynaud, Berger, Albrand indiquent également la liaison de ces deux affections.

D'après le Dr Sedan (de Toulon) qui a passé la plus grande partie de sa vie militaire dans les régions à malaria, la kératite insterstitielle est une des affections les plus tenaces que l'on y puisse observer.

Dans une pratique de plus de 13 ans il a observé en Algérie 34 cas de kératite interstitielle : 19 femmes, 15 hommes.

Parmi les femmes, il y en a 11 au-dessous de 15 ans, 23 au-dessus; parmi les hommes, 14 au-dessous de 15 ans, 1 au-dessus.

Indistinctement, dans les deux sexes, on a pu relever 16 fois des traces de syphilis chez les ascendants; 5 fois les sujets eux-mêmes n'avaient présenté à leur naissance aucun des symptômes de l'infection constitutionnelle.

9 fois on a noté la cachexie scrofuleuse.

27 fois les malades avaient subi une ou plusieurs atteintes de la malaria et étaient tous cachectiques.

Au point de vue de la bilatéralité, sur les 34, 19 n'avaient qu'un côté, 3 n'avaient qu'une légère atteinte de l'œil congénère; 12 avaient les deux yeux pris.

C'est du côté des femmes âgées surtout que le Dr Sedan a eu à soigner des kératites, qui paraissent se bien trouver d'un traitement arsenical combiné à la quinine ou au quinquina, avec emploi de toniques généraux.

(1) Voir le précédent Numéro.

Les rares tentatives qui ont été faites avec les injections mercurielles n'ont pas paru influer bien sérieusement sur la rapidité ou l'heureuse issue de cette désespérante affection.

Sur 5 à 6,000 malades, on n'a donc trouvé en Algérie que 34 kératites parenchymateuses.

Elles ont paru plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Elles ont été surtout constatées sur plus de sujets féminins au-dessus de quinze ans que sur les hommes de cet âge.

La syphilis invoquée ou prévue n'a pu être relevée que dans une proportion relativement faible, 11/34 si l'on néglige les présumés syphilitiques, chez lesquels on n'a jamais constaté de symptômes.

Il résulte en plus, de cet exposé, que la production de cachectiques paludéens est considérable, 27/34, et que les traitements institués ont paru démontrer l'amélioration indiscutable de l'affection des antifébriles et des toniques.

On a objecté à cette façon de considérer l'impaludisme comme cause de la kératite parenchymateuse que les malades de Poncet, de Javal et la plupart de ceux de Sedan pouvaient être atteints de syphilis en même temps que d'impaludisme. Cette étiologie cependant est à peu près admise aujourd'hui par les auteurs.

La kératite parenchymateuse a été signalée au cours de l'influenza.

Pflüger, après cette maladie, eut l'occasion d'examiner *plus de* 30 *cas de kératites parenchymateuses* et il distingue trois formes cliniques :

a) Forme classique, typique avec forte participation de l'iris chez des adultes non syphilitiques;

b) Forme la plus fréquente qui rappelle beaucoup la « keratitis nummularis » de Stellwag;

c) Forme combinée avec iritis séro-fibrineuse; l'exsudat tapisse la face postérieure de la cornée.

D'ailleurs la grippe aime à attaquer l'œil très souvent, et surtout la cornée, comme, dans la dernière épidémie; cela a été péremptoirement démontré par les multiples travaux de divers auteurs, parmi lesquels il me suffit de noter MM. Badal, Galezowski, Parent, Gorecki, Chevallereau, Fage, Fuchs, Zandberg, Bergmeister, Delacroix et autres, surtout les observations de Bosenzweing et de Mme Pokitonoff, qui ont publié quelques cas de kératite ponctuée desquels on pourrait, jusqu'à un certain point, rapprocher mon observation.

L'observation de M. Trantas est la première kératite interstitielle qui ait éclaté à la suite de l'influenza.

M. le Dr de Spéville a observé lui-même, pendant la dernière épidémie d'influenza, trois cas de kératite (tous trois chez des femmes) à peu près analogues à celui du Dr Trantas. Les malades ont été guéris par le sulfate de quinine et les fortifiants, et point n'a été besoin d'avoir recours au mercure.

Wagenmann, Pflüger et Alchenbach ont, eux aussi, signalé des cas de kératite parenchymateuse après l'influenza.

Et, selon la très juste remarque de Pflüger, on peut dire que toutes les maladies infectieuses peuvent produire, dans des conditions que nous ne connaissons pas encore, la kératite parenchymateuse.

Les affections génitales de la femme peuvent également provoquer l'apparition de kératites parenchymateuses, comme nous avons pu l'observer. Le retard de la menstruation serait, en général, défavorable; l'avancement des règles aurait plutôt une action favorable contre cette inflammation.

Dunn aurait traité une malade de quatorze ans ayant une kératite double. Malgré un traitement local et général, l'état de la malade ne changeait pas et la photophobie était très intense. Cette personne n'était pas encore réglée. Après une assez longue durée de la maladie, l'état changea subitement. Elle put ouvrir les yeux, la photophobie disparut et la forte injection du bulbe oculaire diminua. La malade avait eu ses règles la veille.

L'influence de la menstruation sur une kératite parenchymateuse se manifeste parfois de la façon suivante : avant l'apparition de la menstruation, l'inflammation oculaire augmente, et diminue après elle; de sorte que la maladie prend un caractère intermittent.

Nous avons observé un autre cas de kératite parenchymateuse double, survenu au huitième mois d'une grossesse qui s'est bien terminée. Aucune trace de syphilis n'avait pu être relevée, pas plus chez le mari que chez la femme. Cette dernière avait eu un autre enfant qui est vivant et bien portant, et n'avait fait aucune fausse couche.

Ces variétés de kératites parenchymateuses ont été signalées par quelques auteurs.

Elles présenteraient l'aspect et l'évolution caractéristiques de la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique. On y retrouverait le même trouble diffus

de la cornée, aboutissant peu à peu à la vascularisation et se terminant par la résolution.

D'après les recherches de M. le Dr Galezowski, ces kératites se développeraient sous l'influence d'une cause d'irritation des nerfs de la 5e paire ou du grand sympathique.

Dans cette kératite parenchymateuse réflexe, il y a aussi un trouble diffus, central, de la cornée, une infection périkératique, qui se développe lentement mais progressivement; de la photophobie, du larmoiement, des douleurs sourdes périorbitaires. Si on assiste pourtant au début du mal, on constatera facilement une particularité dans ce genre de lésion; la lésion se localise de préférence dans les couches un peu plus superficielles, que dans les kératites interstitielles syphilitiques, ce qui fait que l'on constate, au début même du mal, une sorte de soulèvement de la couche épithéliale par places et une anesthésie cornéenne, reconnaissable facilement au toucher, à l'aide d'une sonde mousse. Avec le progrès du mal, l'infiltration gagne les couches profondes de la substance cornéenne, et à ce moment toute différence entre l'une et l'autre de ces kératites interstitielles disparaît, sauf qu'en examinant le centre de la cornée à l'aide d'une très forte loupe et à l'éclairage latéral, on reconnaîtra par places de petits soulèvements de la couche épithéliale.

Quant aux auteurs qui, pour affirmer l'origine spécifique de cette maladie, s'appuient sur le traitement et la guérison par le mercure, leur argument n'a que bien peu de valeur.

« Le mercure, a-t-on dit, loin d'être toujours avantageux dans le traitement de la kératite, se montre parfois indifférent ou même nuisible ».

Mais, comme le dit M. Fournier, le mercure n'est pas une panacée qui guérit à coup sûr toutes les manifestations spécifiques. En un certain nombre de cas, il reste absolument inactif contre des manifestations dont l'origine syphilitique ne saurait être contestée. La prétendue infaillibilité du mercure dans la syphilis est un dogme que contredit l'observation et que, pour sa part, M. Fournier déclare absolument hérétique.

« Le mercure, disait M. Panas en 1871, à la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie sur l'étiologie de cette kératite, a échoué contre les kératites que j'ai observées. L'iodure de potassium a produit un bon effet, comme il en produit dans les autres espèces d'opacités de la cornée. Le mercure réussit contre la scrofule, comme vous l'a dit Dolbeau. Grâce à cette médication, l'on voit guérir une foule de lésions qui ne sont pas syphilitiques. Un grand nombre de maladies d'yeux banales sont guéries par le calomel, et qui ne sont nullement syphilitiques. L'action du médicament ne peut donc juger la nature du mal ».

L'hygiène, les fortifiants guérissent parfois les maladies aussi bien que l'iodure de potassium.

D'après von Hippel, on ne peut se baser sur les résultats obtenus par le traitement spécifique pour la détermination exacte de l'étiologie; étant donné, dit-il, que le mercure et l'iodure de potassium peuvent guérir beaucoup de processus qui ne sont nullement syphilitiques, en particulier le processus tuberculeux.

La quinine et le salicylate de soude ont donné de bons résultats dans les cas de kératite parenchymateuse dus à la malaria, à la goutte ou au rhumatisme.

La syphilis acquise ou héréditaire, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, la malaria, l'influenza, le diabète, les oreillons (1 observation) et certains troubles réflexes, ainsi que ceux de la menstruation, sont donc capables de déterminer l'apparition d'une uvéite et souvent même une kératite parenchymateuse.

Enfin, on voit des cas de kératite parenchymateuse bilatérale dans lesquels on ne réussit pas toujours, après l'examen le plus minutieux, à découvrir une affection générale. Dans de pareils cas, il s'agit toujours d'individus pâles, faibles, misérables, jeunes pour la plupart; et l'affection a probablement pour cause un trouble de nutrition générale, un trouble du sang ou une maladie des vaisseaux qui n'a pas encore été étudiée suffisamment.

De sorte qu'en définitive, l'existence de kératites interstitielles, étiologiquement indépendantes de la syphilis héréditaire, s'impose comme un fait démontré par les témoignages les plus compétents.

Par conséquent, l'opinion d'après laquelle la kératite interstitielle serait un produit exclusif de l'influence hérédo-syphilitique, ne supporte pas l'examen et ne saurait être scientifiquement admise.

« D'autre part, continue M. Fournier, si nous interrogeons l'anatomie pathologique, nous voyons que la kératite interstitielle consiste essentiellement en ces deux facteurs : opacité et vascularisation de la membrane cornéenne. Or, les opacités sont simplement constituées par une accumulation de cellules lymphoïdes dans le parenchyme cornéen, cellules à

contenu opaque et granulo-graisseux. Et quant à la vascularisation, elle n'est que le résultat de la formation de nouveaux vaisseaux, formation « consécutive à l'irritation déterminée sur les nerfs par l'infiltration morbide de la membrane ».

Et que représente cet ensemble anatomique?

Rien autre, d'après la plupart des auteurs, qu'un *trouble nutritif* initial, quelque chose d'analogue à ces curieuses *dystrophies* qui servent d'origine à divers symptômes, tels que retard ou insuffisance du développement général, petitesse de taille, infantilisme, arrêt de développement partiel, malformations dentaires (érosions, sillons, microdontisme, amorphisme, etc.), exiguïté des testicules ou des ovaires, etc.

Donc, *a priori*, nous sommes rigoureusement conduits à admettre que la kératite interstitielle, lésion trophique, peut et doit dériver de causes diverses, et non pas dériver de la syphilis exclusivement.

Et d'autre part, *a posteriori*, l'observation clinique confirme cette induction, Carelle nous apprend, et cela de par des sources diverses, qu'on a vu cette kératite se produire en maintes occasions sous l'influence de causes absolument étrangères à la syphilis, telles que scrofule, lymphatisme, cachexie, rhumatisme, etc. D'après MM. de Wecker et Landolt, par exemple, la kératite interstitielle dériverait *deux fois sur trois* de diverses causes d'autre genre. D'où cette conclusion que la kératite interstitielle est une *lésion vulgaire, banale*, une simple *lésion de nutrition* que diverses influences morbides sont aptes à réaliser.

Entre le terme de *dyscrasique*, dont M. Fournier se sert pour qualifier l'affection qui nous occupe, dit M. Panas dans son traité, et celui de *cachectique* que nous avions proposé il y a vingt ans, la différence nous paraît à peine sensible. Aussi nous ne demandons pas mieux que d'accepter cette dénomination.

D'après une statistique récente de Pfister, sur 125 cas de kératite interstitielle bien caractérisée, on ne trouve que 40.8 0/0, se rattachant nettement à la syphilis héréditaire. La proportion à laquelle est arrivé M. Fournier est de 41.5 0/0. En relevant les nombreuses statistiques faites jusqu'à présent, M. Panas a obtenu le chiffre de 40 à 41 0/0.

Il ne reste pas moins démontré, ajoute M. le Professeur Panas, que dans cette kératite, un état hypotrophique de l'organisme est la règle, ainsi qu'en témoignent l'arrêt du développement du corps, l'aspect chétif de l'individu et la grande mortalité survenant dans le bas âge, ainsi que Hutchinson l'a signalé le premier.

Sur 51 cas de kératite parenchymateuse diffuse que nous avons pu observer, voici ce que nous avons noté au point de vue étiologique.

Sur ces 51 cas, l'hérédo-syphilis a été la cause la plus fréquente; nous l'avons trouvée 22 fois.

12 cas nous paraissent devoir être rapportés à la tuberculose; car, dans ces cas, nous n'avons pu trouver aucune trace de syphilis; l'origine tuberculeuse, au contraire, était très nette.

11 cas se sont rencontrés, au cours ou à la suite de maladies générales. La diathèse scrofuleuse et le rachitisme ont été, dans 5 cas, la cause de cette kératite. Dans un autre cas, la kératite est apparue à la suite de troubles d'origine utérine. Nous en avons rencontré un cas, au cours d'une grossesse de 8 mois; il n'y avait aucune trace de syphilis, pas plus chez cette malade que chez son mari. A la suite des oreillons, il nous a été possible d'en observer un cas, de même qu'un autre après la diphthérie et la chorée. Nous n'avons rencontré qu'une fois la syphilis acquise comme cause de cette kératite. Dans 6 autres cas enfin, la cause nous est restée inconnue.

Dans tous ces cas, ceux relevant de la tuberculose, comme dans les 17 autres dûs à des maladies diverses, nous avons retrouvé la même opacité diffuse et profonde de la cornée, la même photophobie et la même vascularisation, que dans les cas dûs à l'hérédo-syphilis. Cependant, nous avons rencontré un symptôme qui paraît plus spécial aux kératites parenchymateuses d'origine tuberculeuse, et qui a manqué rarement dans cette variété, c'est un semis de petits points blanchâtres disséminés sur la partie centrale de la cornée.

L'iritis n'a été rencontré que rarement dans nos observations.

Dans les kératites parenchymateuses doubles, il nous a été impossible d'éclairer suffisamment le fond de l'œil pour constater s'il existait des lésions choroïdiennes. Mais lorsqu'il n'y avait qu'un seul œil qui fut atteint de kératite, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement de la choroïdite sur l'autre œil. Dans un ou deux cas seulement, nous avons remarqué cette altération de la membrane choroïdienne, au niveau de l'ora serrata.

Dans un cas, il existait des fibres à myéline très nettes sur les deux yeux, et ce cas était dû à la tuberculose, ce qui, vraisemblablement, n'est qu'une coïncidence.

Cette kératite paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme; 33 fois nous l'avons observée dans le sexe féminin, 18 fois seulement chez l'homme.

On la rencontre surtout entre 10 et 20 ans; nous l'avons trouvée ainsi sur 27 de nos malades.

Au-dessous de 10 ans, nous en avons observé 6 cas; la plus jeune était une petite fille âgée de 5 ans.

Au-delà de 20 ans, nous en avons trouvé 18 cas, dont 3 à 30 ans et au-delà; le sujet le plus âgé était une femme de 33 ans, chez laquelle nous n'avons pu trouver l'étiologie.

Quant à la dentition, nous n'avons trouvé que 3 fois seulement l'altération des incisives décrite par Hutchinson.

Dans 33 cas, la dentition était très régulière et les dents en parfait état.

Dans les autres cas, les dents étaient mauvaises, irrégulières, mais ne présentaient rien de caractéristique.

De même, nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement des troubles de l'ouïe.

Dans 43 cas, l'ouïe était normale. Il n'y avait aucune modification de l'acuité auditive.

Dans les 8 autres cas, les oreilles étaient malades.

Dans trois cas, il y avait de l'otite moyenne suppurée double et dans cinq autres, l'ouïe était dure et l'acuité auditive notablement diminuée.

Le facies d'Hutchinson, peau rude et flasque, cicatrices sur le front et la face, de vieilles fissures aux angles de la bouche, un enfoncement de la racine du nez, n'a été observé que dans un très petit nombre de cas, chez cinq de nos malades seulement.

Nous avons presque toujours observé une mortalité très grande dans les premières années après la naissance, chez les frères et sœurs des hérédo-syphilitiques.

Les fausses couches chez la mère ont été très rares dans nos observations.

Mais, dans beaucoup de cas, nous avons pu constater que la mortalité des enfants en bas âge existe surtout avant la naissance de l'enfant atteint de kératite interstitielle, tandis que les grossesses ultérieures ont généralement un résultat plus favorable.

Dans 33 cas, les deux yeux furent atteints de kératite. Et quand l'affection était unilatérale, on l'observa aussi fréquemment sur l'un que sur l'autre œil.

Les récidives nous ont paru rares; nous n'en avons trouvé que 6 cas sur 51; mais nous nous hâtons d'ajouter que nous les aurions trouvées peut-être plus fréquentes, si nous avions pu suivre nos malades pendant plusieurs années.

Quant au traitement, il ne nous paraît pas avoir une grande importance au point de vue de l'étiologie. Nos malades ont été soumis tantôt aux injections d'huile biiodurée d'hydrargyre, tantôt aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium.

L'iodoforme à l'intérieur a donné d'excellents résultats dans les kératites parenchymateuses d'origine tuberculeuse. Notre Maître, M. le Professeur Panas, le prescrit à la dose de 30 centigrammes par jour chez l'adulte.

Chez 15 de nos malades que nous avons pu suivre pendant toute l'évolution de leur maladie, nous avons obtenu une guérison presque complète entre 3 et 6 mois.

En même temps que le traitement par le mercure, l'iodure de potassium ou l'iodoforme, nous hâtons la marche de la maladie par un régime fortifiant, par l'usage fréquent de l'atropine et par des applications locales chaudes sur les yeux ou des douches de vapeur oculaires, de manière à entretenir une vascularisation permanente, et à amener ainsi un éclaircissement plus rapide de la cornée.

Conclusions. — La syphilis héréditaire est certainement un des facteurs les plus importants dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse.

Au point de vue clinique, il n'y a aucune différence entre une kératite parenchymateuse primitive et une kératite parenchymateuse secondaire. La clinique, l'anatomie, l'expérimentation démontrent que cette kératite, même primitive, présente un processus morbide étendu au tractus uvéal.

La syphilis héréditaire ou acquise sont loin d'être les seules causes de kératite parenchymateuse, car dans 30 à 50 0/0 des cas, il est impossible de retrouver cette étiologie.

De plus, on retrouve cette kératite parenchymateuse chez les animaux réfractaires à la syphilis.

Après la syphilis, la tuberculose est une des causes les plus fréquentes de cette affection. Nous avons trouvé cette étiologie chez un grand nombre de nos malades. M. von Hippel a démontré anatomiquement que la kératite parenchymateuse peut être causée par une infection tuberculeuse.

La forme des dents, décrite par Hutchinson, de même que la surdité, sont des symptômes qui manquent fréquemment dans la véritable kératite parenchymateuse diffuse.

Les arthrites du genou et du coude en particulier, survenant au cours de kératites parenchymateuses, ne prouvent rien en faveur de l'origine spécifique, car on les rencontre aussi fréquemment au cours de la tuberculose.

L'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte, les affections utérines sont, après la syphilis et la tuberculose, les causes les plus fréquentes de la kératite parenchymateuse diffuse.

Dans la plupart des cas, les injections profondes d'huile biiodurée d'hydrargyre donnent de bons résultats; l'iodure de potassium, administré ensuite, achève la guérison.

L'iodoforme, à l'intérieur, dans la tuberculose surtout et dans la scrofule, a souvent bien réussi.

La paracentèse de la chambre antérieure et l'iridectomie peuvent être favorables dans les cas chroniques.

On devra toujours instituer en même temps un traitement général et reconstituant. Il consistera surtout dans la prescription des ferrugineux, du vin de quinquina, du vin iodotannique, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, en y associant une bonne hygiène et l'hydrothérapie; car, il faut se rappeler que l'on a affaire avant tout ici à une affection débilitante et cachectique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

La séance habituelle de la *Société de Thérapeutique* a eu lieu le 23 février 1898. M. Duhourcau lit une **note sur le traitement du lymphatisme**. Il insiste sur le rôle des eaux minérales dans ce traitement. Ces eaux permettent: 1° De traiter l'affection naso-pharyngée. 2° L'état lymphatique. 3° De prévenir les infections secondaires. 4° De prévenir et de traiter les causes prédisposantes banales qui amoindrissent la résistance du sujet, et en font un être plus sensible aux causes d'infection. Il faut s'adresser de préférence aux eaux chlorurées et aux eaux sulfurées. L'auteur rappelle enfin que : 1° L'affection naso-pharyngée peut être traitée par l'eau sulfureuse ou l'eau salée, employée en boisson et en applications externes (lavages, gargarismes), et cela aussi bien que par la solution du Lugol. 2° Contre l'état lymphatique, l'usage intus et extra d'une eau minérale vaut bien la liqueur de Fowler, l'iode ou le tannin. 3° Contre les infections, l'usage (irrigations, pulvérisations) d'une eau minérale ou chlorurée est bien préférable aux diverses préparations préconisées à titre prophylactique (pommades, irrigations, etc.).

M. Camescasse : La scrofule n'est que le lymphatisme aggravé, celui-ci étant consécutif à une staphylococcie de la peau ou des premières voies de la digestion et de la respiration.

Enfin M. Jacquet vient parler du **rôle des scarifications dans le psoriasis et l'eczéma**. Il a obtenu par ce procédé de très bons résultats : 1° dans 2 cas de psoriasis, siégeant sur les parties découvertes (dos de la main, cou), où les scarifications successives ont amené une guérison totale, sans maculature consécutive; 2° dans 11 cas d'eczéma, dont 3 sur le dos des mains et des pieds, 1 dans la région préauriculaire, 7 à la face, dont 4 chez des enfants. Technique : Après un décapage soigneux de la peau, destiné à faire tomber les croûtes et pratiqué à l'aide de cataplasmes de fécule préparés avec de l'eau simple, on fait des scarifications parallèles, distantes de 1 à 2 millimètres. On laisse saigner; on lave à l'eau bouillie. Le malade, rentré chez lui, applique à nouveau un cataplasme de fécule de pomme de terre. Les séances de scarifications, qui peuvent atteindre le nombre de 6 à 12, sont éloignées de 3 à 4 jours.

La séance du 8 mars 1898, à l'*Académie de Médecine*, présente l'aspect de la séance précédente. Les séances se suivent et se ressemblent; rien d'étonnant. Voici de nouveau 2 élections de membres correspondants nationaux dans la 1re division, juste de quoi remplir une séance. Quelques communications sont esquissées à la hâte. Celle de M. Napias, qui présente, de la part de M. Bourneville, la 6e édition du **Manuel de la garde-malade et de l'infirmière**, ouvrage très intéressant, dont nous donnerons l'analyse; celle de M. Laveran sur un travail de M. Bertin relatif au **charbon**; celle de M. Chauvel sur le **traitement de l'infection post-pneumonique par les injections de sérum antistreptococcique**.

Enfin un rapport de M. Rendu sur un travail du Dr Rochet relatif à l'**alcool et à la cirrhose dans l'Yonne**. Ce travail, favorable à la doctrine de l'étiologie de la cirrhose par l'abus de l'alcool et non du vin plâtré, provoque naturellement une réplique très énergique de M. Lancereaux, partisan, on le sait, de la théorie du plâtrage comme cause de la cirrhose.

Voici maintenant le résultat des élections : Au premier tour de scrutin, obtiennent, sur 67 votants: MM. Bertin, de Nantes, 30 voix; Ledouble, de Tours, 7; Marvaux, de Toulouse, 12; Monier, de Lille, 10; Du Cazal, de Nice, 5; Vincent, de Brest, 3. Il y a ballottage. Au second tour : MM. Bertin, 47 voix; Ledouble, 4; Marvaux, 13; Monier, 1; Du Cazal, 1; Vincent, 3.

En conséquence, M. Bertin est nommé Membre correspondant national. La seconde élection donne, sur 68 voix,

à : MM. Ledouble, 40; Marvaux, 13; Monier, 7; Du Cazal, 3; Vincent, 5. M. Ledouble se joindra donc à M. Bertin.

Naturellement, la question du **Vésicatoire** a sa place; elle revient, à chaque séance, comme une mets favori. C'est M. Hervieu qui commence le repas. Il constate, en effet, l'action bienfaisante du vésicatoire dont il n'a jamais observé les accidents qui ont été signalés. C'est un agent très efficace contre la douleur; il a donné d'excellents résultats à l'auteur dans les cas de péritonite puerpérale. M. Hervieu a le mérite d'avoir nettement posé la question de confiance : Être ou n'être pas, voilà la question à faire désormais à propos du vésicatoire.

M. Lancereaux va y répondre catégoriquement. Le vésicatoire doit persister. Il a du bon et du mauvais; comme toutes choses, dans ce bas-monde, il s'agit de savoir les indications de son emploi. Or, M. Lancereaux l'a employé même dans les cas de néphrite conjonctive; ah! voilà qui nous éloigne même des vésicatoriens les plus véhéments. Pour M. Lancereaux, en effet, non seulement le vésicatoire a une action révulsive; mais il permet encore l'élimination des matières excrémentitielles par la peau lorsque cette élimination ne peut se faire par les reins.

C'est à cela que se borne pour aujourd'hui cette discussion. M. Motais, en effet, étant venu d'Angers pour faire une communication sur l'**Acétylène au point de vue de l'hygiène publique et privée**, on ne pouvait décemment le renvoyer vers ses pénates sans qu'il ait fait sa communication. Celle-ci, d'ailleurs, très intéressante, indique que l'acétylène pur, comprimé au-dessous de deux atmosphères, est explosible; or, 1/20 d'atmosphère suffit pour amener ce gaz à travers les canalisations; il faut de plus empêcher son mélange avec l'air dans une certaine proportion. Dans ces conditions, il n'est pas plus dangereux que le gaz d'éclairage, mais il est encore plus avantageux, en ce sens que, parmi ses produits de combustion, ne se trouve pas CO.

Il échauffe la tête beaucoup moins que le gaz d'éclairage et produit une lumière plus pure et plus vive.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le 3 mars 1898, il y a eu discussion sur l'**importance de la revaccination**. M. Saint-Yves Ménard indique la proportion des résultats positifs des revaccinations aux différents âges : de 6 à 10 ans (statistique Toledano), 10.63 0/0; à 10 ans (statistique des écoles), 15 à 18 0/0; à 20 ans (statistiques militaires), 50 0/0; de 20 à 40 ans (statistique de la Salpêtrière), 60 0/0; de 40 à 60 ans (statistique de la Salpêtrière), 74.2 0/0; de 60 à 80 ans (statistique de la Salpêtrière), 82.9 0/0; de 80 à 100 ans (statistique de la Salpêtrière), 88.5 0/0. Ce tableau montre que l'immunité vaccinale disparaît graduellement avec le temps. Dès l'âge de 6 ans, les enfants doivent être revaccinés; mais, contrairement à un préjugé régnant, ce sont les vieillards qui ont le plus grand besoin d'être revaccinés, puis les adultes et ensuite les jeunes gens et les enfants.

M. Toledano n'a admis, dans ses statistiques, comme succès, que les cas dans lesquels il y avait des pustules indiscutables. En 1880, il a revacciné 500 personnes appartenant aux Invalides et a obtenu des résultats analogues à ceux de M. Saint-Yves Ménard. Il voudrait que la vaccine fût obligatoire à 6 ans, puis à 12 ans, ensuite à 20 ans, enfin de 40 à 50 ans.

M. Ducor a obtenu de 12 à 13 0/0 de succès chez les enfants de 10 ans, en ne tenant compte que des pustules bien caractérisées. Il pense que le chiffre très élevé de succès chez les pensionnaires de la Salpêtrière et des Invalides est dû à ce qu'il s'agit d'une population à peu près vierge de revaccination.

M. Lutaud fait observer que les femmes sont moins vaccinées que les hommes; il serait intéressant de rechercher si elles sont atteintes de variole plus souvent qu'eux.

A la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, récemment, M. Lermoyez a parlé de la **paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à la rougeole**. La paralysie totale d'un récurrent, qui place une corde vocale en position cadavérique, n'a pas de gravité par elle-même; elle ne cause pas de dypsnée sérieuse, car elle réduit à peine d'un quart l'aire respiratoire de la glotte; elle modifie peu la voix, lui donnant seulement un léger enrouement faux. Cependant, les classiques admettent qu'une paralysie récurrentielle est toujours redoutable, à cause de sa valeur séméiologique. Elle est, en effet, le syndrôme d'une lésion pathogénique presque toujours fatale : anévrysme de l'aorte, cancer de l'œsophage, tuberculose pulmonaire, tabès. Toutefois, ce pronostic classique, bien qu'il s'applique à la majorité des cas, ne peut les englober tous. On peut, en effet, au point de vue de leur signification séméiologique, distinguer trois types de paralysie récurrentielle, ainsi que l'auteur l'a établi dans un travail antérieur : 1° la **paralysie récurrentielle incurable grave**, forme classique bien connue, qui mène à la mort du fait des lésions dont elle n'est qu'une expression symptomatique; 2° la **paralysie récurrentielle curable bénigne**, qui guérit sans laisser de traces de son passage; 3° et, comme intermédiaire entre les deux types extrêmes, la **paralysie récurrentielle incurable bénigne**, infirmité compatible avec une survie indéfinie, et qu'à tort certains auteurs (Semon, Felici) considèrent comme le phénomène inaugural d'un tabès à échéance lointaine. L'observation rapportée se rattache à ce dernier groupe. Il s'agit d'une femme atteinte d'une paralysie récurrentielle gauche, dont le début remonte à 27 ans et s'est fait dans l'enfance, à la suite

d'une rougeole grave. Elle n'a aucun trouble de la santé générale, pas de dypsnée, mais seulement cet enrouement faux qui caractérise la voix bitonale, et quand elle s'enrhume, de violents accès de toux coqueluchoïde. La constatation actuelle au niveau de la région interscapulo-humérale gauche d'une zone de submatité et d'une respiration un peu rude, permet d'expliquer cette paralysie ancienne. Il est vraisemblable, en effet, qu'il s'est produit, au cours de la rougeole, une adénopathie du groupe péri-trachéobronchique gauche.

Cette complication morbilleuse est fréquente. Ce qui l'est moins, c'est que cette adénopathie survive indéfiniment à la rougeole; cependant Duplay et Robin, Liouville ont signalé des cas de ce genre, à durée indéfinie. Dans le cas actuel, la persistance de cette adénopathie se révélait nettement à l'auscultation. Or, le groupe ganglionnaire péritrachéobronchique est en rapport intime avec l'anse du récurrent gauche; il est donc logique d'admettre que ce nerf a dû être comprimé par la tuméfaction ganglionnaire, que cette compression a dû amener une destruction segmentaire du tronc nerveux, et que, comme conséquence, il en est résulté une hémiplégie laryngée, incurable comme ses causes, mais bénigne comme elle. Au reste, les cas de paralysie récurrentielle définitive, consécutive à la rougeole, sont des plus rares; deux faits seulement ont été observés (Morell Mackenzie, Masucci).

II. — LA CHIRURGIE.

La séance du 3 mars 1898, à la *Société de Chirurgie*, a été consacrée surtout à la suite de la discussion sur l'**intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles de l'épaule.** M. Ricard prend la parole.

« Le rapport de notre collègue Nélaton, dit-il, sur l'observation de M. P. Delagénière (de Tours), a fort nettement mis au point les indications de l'intervention chirurgicale sur les luxations irréductibles de l'épaule, suivant leurs variétés. Lors de la discussion de 1895, j'avais déjà, avec notre collègue, émis l'opinion que l'arthrotomie était le traitement de choix dans les luxations immédiatement irréductibles. L'irréductibilité immédiate est, en effet, une anomalie dans les luxations récentes. Et lorsqu'une luxation a résisté aux efforts méthodiquement combinés de réduction, c'est qu'il existe une lésion spéciale, une interposition capsulaire, tendineuse ou osseuse, qui s'oppose à la réduction par les procédés usuels. Or, s'il existe une lésion anormale, en réalité inconnue, est-il logique de recourir aux grandes violences d'extension par les appareils; traction aveugle et brutale, parfois périlleuse et souvent compromettante pour l'intégrité fonctionnelle de l'articulation? Pour ma part, avec nombre de mes collègues, je n'hésite pas à recourir à l'arthrotomie large immédiate, et mes résultats, dans les deux cas que j'ai rappelés en 1895, ont été excellents. Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue, et qu'on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient, non pas à des particularités dans les désordres articulaires, mais à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire et à des adhérences néoformées, il est légitime d'essayer de rompre ces adhérences par des mouvements brusques de rotation imprimés à la tête sous une traction énergique. Mais si l'on ne réussit pas assez facilement, c'est encore à l'arthrotomie large qu'il convient d'avoir recours. Telle est la conduite que j'ai tenue dans le cas suivant, dont voici l'observation résumée : « Le nommé P... (Auguste), âgé de cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1891, pour une impotence douloureuse du bras droit, remontant à une chute de voiture datant de six semaines. Il est facile de voir qu'il existe une luxation intracoracoïdienne, presque sous-claviculaire. Les tractions les plus énergiques, soit avec des aides, soit avec des mouffles, faites sous le chloroforme, d'après les différents procédés classiques, ne peuvent déloger la tête qui reste très haut sous la clavicule. Le 5 mai, le malade est chloroformé à nouveau, et après avoir, par une incision angulaire, désinséré le deltoïde dans un vaste lambeau, je découvre l'humérus profondément caché au milieu de tissus que les tractions avaient rendus ecchymotiques, la tête humérale était presque inaccessible; cependant, elle descend quelque peu sous l'influence des tractions que je fais exercer. J'incise progressivement toutes les brides fibreuses tendues, qui paraissent s'opposer à la progression de la tête. Malgré une ouverture large et une désinsertion presque complète de la capsule sur la tête, il m'est impossible de faire réintégrer la cavité glénoïde. C'est qu'en arrière et en dedans, à 5 ou 6 centimètres au-dessous, existait une forte bride tendue, s'insérant sur une saillie osseuse irrégulière, qui paraissait être formée par le cal d'une fracture. Est-ce la grosse tubérosité détachée par le traumatisme et consolidée vicieusement? Je n'ai, on le comprend, fait aucune recherche à cet égard. Mais, détachant cette saillie à l'aide du ciseau de Mac Even, j'eus la satisfaction de voir la tête réintégrer aussitôt la cavité glénoïde. Quinze jours après le malade quittait l'hôpital. Je le revis en juillet, c'est-à-dire deux mois après l'opération; le fonctionnement de l'articulation était presque parfait, mais non complètement cependant. Les mouvements d'abduction et de flexion en arrière étaient encore limités. En octobre, l'opéré pouvait être considéré comme complètement guéri et jouissait de l'intégralité de ses mouvements. Cette observation est non seulement intéressante par le résultat thérapeutique qu'elle a permis d'obtenir, mais elle montre combien il eût été illogique de s'obstiner dans les manœuvres forcées d'extension; car l'obstacle à la réduction consistait dans la consolidation vicieuse d'un fragment osseux arraché lors du traumatisme ».

M. Chaput vient à son tour donner son opinion sur la question : « Je suis de l'avis de notre collègue Nélaton, dit-il, au point de vue de la conduite à tenir dans les cas de luxations très anciennes de l'épaule, traitées par la résection. Que se passe-t-il dans la résection ? Les mouvements sont très réduits. La tête ne s'est pas refermée et il reste un vide sous-acromial. Celui-ci est comblé au moment de la contraction musculaire par la tête remontée au dehors de l'acromion. Ainsi une partie de la force musculaire se trouve employée et par suite limitée. Il y a de plus une tête irrégulière, petite, angulaire, qui s'accroche et limite les mouvements. Aussi je pense qu'il vaut mieux ne pas opérer ces luxations anciennes.

Quant aux luxations récidivantes, faut-il admettre que la tête rentre dans la cavité glénoïde pour ne sortir que de temps en temps ? Dans une résection que j'ai eu à faire pour une luxation récidivante, il existait une encoche énorme au niveau de la tête humérale. Comment admettre que par usure s'est faite cette encoche, alors que ce n'est que quelques heures par semaine que sort la tête humérale ? Aussi je suis d'avis que ces luxations récidivantes sont des luxations permanentes qui, de loin en loin, sont atteintes d'entorses successives ».

M. Lucas-Championnière, contrairement à M. Chaput, pense que la résection peut donner de bons résultats dans presque tous les cas de luxations anciennes. Certaines luxations anciennes peuvent acquérir des mouvements très suffisants ; de plus, si l'on n'avait pas immobilisé dès le début les luxations irréductibles, on arriverait à obtenir des mouvements très suffisants sans intervention. Quant aux luxations récidivantes, ce sont bien des luxations récidivantes et non permanentes, comme le pense M. Chaput. Nous avons voulu exposer un peu longuement cette question, qui a son intérêt. Mais, pour ce qui est de la communication, ou plutôt de la suite de la communication de M. Picqué sur les **psychoses post-opératoires**, nous nous bornerons à la signaler, ce travail étant trop important pour n'être pas exposé *in extenso*. Nous nous réservons de le faire en temps voulu.

Quelques présentations : **Corps étrangers du sinus maxillaire ; corps étrangers (aiguilles) de la main**, révélés par la radiographie ; présentation par M. Segond. **Luxation récidivante par arthrite sèche de l'épaule.** Résection. Guérison ; présentation par M. Chaput.

Et la séance est levée.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, dans la séance du 3 mars, M. Ozenne a présenté un **fibro-lipôme** du volume d'un œuf, développé en l'espace de 2 ans à la partie supéro-externe de la première **phalange du gros orteil.**

A. P. S.

VARIÉTÉS

L'acquittement du Dr Laporte.

La 7e Chambre de la Cour vient d'infirmer le jugement du tribunal correctionnel (9e Chambre), qui condamnait le Dr Laporte pour homicide par imprudence à trois mois de prison avec sursis. — En conséquence, le Dr Laporte est renvoyé des fins de la poursuite.

Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie.

2e *Session*. — *Marseille*, 8 *Octobre* 1898.

La deuxième Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie tiendra sa prochaine session à Marseille, du 8 au 15 Octobre 1898, sous la présidence des professeurs : Pinard, Président général et pour la section d'obstétrique, Pozzi, pour la section de gynécologie, et Broca, pour la section de pædiatrie. La liste des questions mises à l'ordre du jour par chaque section sera incessamment adressée. Le prix de cotisation est de 20 francs par membre ; elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès, et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès. Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs ; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote. Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être dès à présent adressés au secrétaire général du Congrès, 20, rue Grignan, Marseille.

La guérison de la morsure des serpents.

Le *Praticien industriel* donne, sans commentaires, la recette suivante que préconise M. Victor Kromenacker contre la morsure des serpents.

« Faire cuire de trois à six œufs durs, en tirer le jaune et, après l'avoir coupé en rondelles, l'appliquer sur la plaie jusqu'à ce que le jaune soit noirci, changer les rondelles au fur et à mesure qu'elles se noircissent et continuer ce traitement, jusqu'au moment où le jaune d'œuf ne perdra plus sa couleur naturelle. Arrivé à ce point, le malade pourra être sûr que tout le venin a été aspiré par le jaune d'œuf ; d'ailleurs il aura déjà été tranquillisé par une amélioration complète de la vue ; l'engourdissement aura disparu ainsi que la fièvre. Aucune morsure de serpent, soit-il le plus venimeux, ne résiste à ce traitement si simple ; le malade peut même se trouver dans un état presque mortel, ayant perdu tout sentiment et être même presque aveugle, selon l'espèce de serpent qui a donné la morsure, il sera toujours sauvé ; — trois heures suffisent pour mettre le patient sur pied » !

LES LIVRES NOUVEAUX

Marcel Baudouin. — **L'Institut de Bibliographie de Paris.** — Institut de Bibliographie, in-8°, 16 pages, 6 photogravures, Paris, 1898.

Cette brochure, luxueusement éditée, ornée de sept figures, dont six photographies, donne une idée très nette, malgré sa brièveté, de la vaste institution créée à Paris, en 1893, par M. Marcel Baudouin. Nous n'avons pas ici à faire l'éloge de cette organisation, unique au monde, qui a permis, en France, à la décentralisation médicale d'avoir une base solide; nous nous bornons à reproduire les deux photographies les plus intéressantes de cette brochure (*Fig.* 33 et 34).

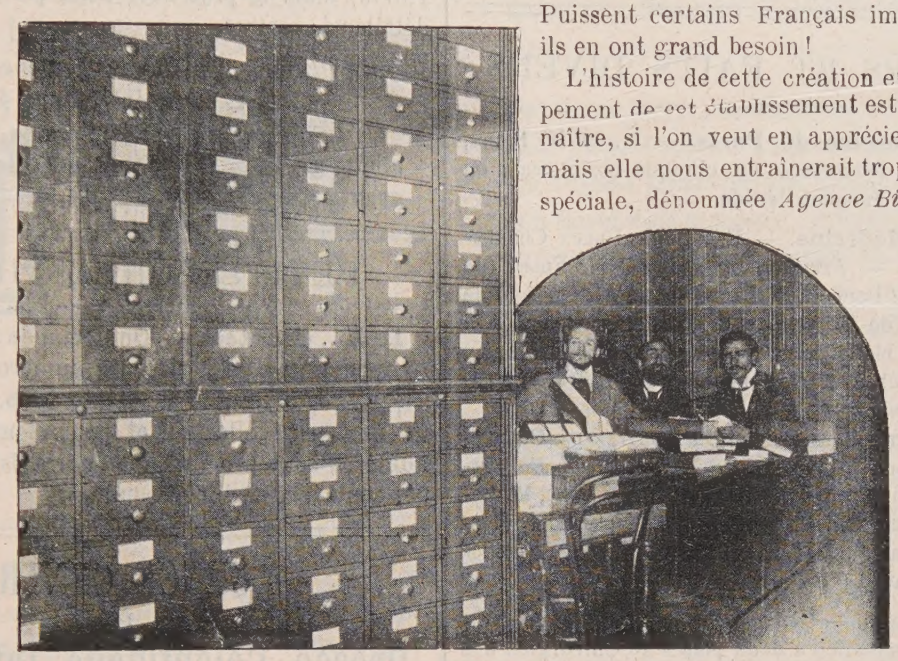

Fig. 33. — Répertoire Bibliographique Universel et Meubles à Fiches Bibliographiques du Musée bibliographique de Paris. — Assistants bibliographes, chargés du service de l'Indexation des Fiches.

Fig. 34. — Salle du Répertoire Analytique universel. — Bibliographes copistes, Dactylographes et Sténographes, chargés de la Fabrication des Fiches Bibliographiques et Analytiques. — Service des Découpures techniques.

Il importe cependant d'ajouter que, quoi qu'on en ait dit, c'est à M. Baudouin que revient, sans conteste, la priorité de la création des Instituts de Bibliographie, qui vont se multipliant aujourd'hui. On répète qu'il en a rapporté l'idée des Etats-Unis : ce qui est une erreur, puisqu'il n'en existe pas encore dans ce pays; puisqu'il avait conçu et mis en pratique cette organisation dès avril 1893, c'est-à-dire avant son départ pour l'Amérique du Nord (mai 1893). Il a simplement, aux pays d'outre-mer, appris à être *pratique*, aussi bien dans le domaine de la Bibliographie que dans les autres branches de l'activité humaine; et il n'a pas craint d'avouer dans la *Médecine Transatlantique* qu'il demeurait ravi d'avoir été s'instruire, sur ce point, à si bonne école. Puissent certains Français imiter son exemple : ils en ont grand besoin !

L'histoire de cette création et du subit développement de cet établissement est intéressante à connaître, si l'on veut en apprécier la valeur réelle; mais elle nous entraînerait trop loin. Cette agence spéciale, dénommée *Agence Bibliothéconomique*, est un instrument de travail intellectuel, indispensable aux savants, comme la pince à pression l'est pour le chirurgien, et a pour base le *Répertoire Bibliographique Universel*. Partant de cette idée que la Bibliographie n'est pas véritablement une Science, ainsi qu'on l'a soutenu jusqu'ici, mais bien un simple *instrument enregistreur* des découvertes scientifiques et des productions de l'esprit humain, autrement dit un vulgaire appareil, analogue à un phonographe. M. Baudouin résolut de créer une *profession nouvelle*, comparable, d'une part, à celle des fabricants d'instruments de précision, et, d'autre part, à celle des éditeurs et des libraires : celle des *Bibliographes*.

Si d'autres, à l'étranger, ont tenté depuis de l'imiter, au point de vue purement scientifique, on doit déclarer, dès maintenant, qu'il n'existe *nulle part* un Musée bibliographique analogue dans le monde entier, ce qui doit faire aux yeux de tous les savants, la principale valeur de la création de M. Baudouin.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr Budin, agrégé, est nommé Professeur de clinique obstétricale en remplacement de M. Tarnier, décédé.

Académie de Médecine. — Élection de deux Correspondants nationaux. — *Première élection :* MM. Folet (de Lille), 43 voix (Elu); Poncet (de Cluny), 15; Heydenreich (de Nancy), 11; Hache (de Beyrouth), 4; Auffret (médecin de la marine), 1; Bulletin blanc, 1. *Deuxième élection :* MM. Hache, 45 voix (Elu); Poncet, 17; Heydenreich, 10, Auffret, 1; Civelli (de Melbourne), 1.

Liste de présentation des Candidats au titre de Correspondant national de l'Académie de Médecine. — *En première ligne*, M. Bertin (de Nantes); *en deuxième ligne*, M. Ledouble (de Tours); *en troisième ligne* et *ex æquo*, MM. Marvaud (médecin militaire), Moniez (de Lille), Du Cazal (médecin militaire) et Vincent (de Brest).

Hôpitaux de Paris. — *Chirurgiens des Hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à deux places de Chirurgien des Hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 17 mars, à midi, à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Les docteurs qui voudront concourir sont invités à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration centrale de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et à y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera clos définitivement le samedi 25 février, à trois heures.

Cours libres. — M. le Dr Paul Tissier, Chef de clinique de M. le Professeur Hayem, commencera le *jeudi 10 mars*, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Faculté à l'Hôpital *Saint-Antoine*, une série de conférences, qu'il continuera les jeudis suivants, sur la *Technique des principaux moyens de diagnostic des affections de l'estomac.*

La Tuberculose Infantile (Revue bi-mensuelle). — Sous ce titre, M. le Dr Derecq vient de fonder une revue, dont le programme paraît au premier abord un peu limité, mais dont le but est des plus grands, puisqu'il s'agit de grouper les matériaux propres à combattre chez nos enfants, espoir de notre race, l'un des fléaux les plus meurtriers de l'humanité. Notre confrère, médecin de l'Hôpital d'Ormesson, Médecin en chef du Dispensaire de l'*Œuvre des Enfants tuberculeux*, a toutes qualités pour mener à bien cette publication; il s'est entouré des collaborateurs les plus compétents, et le sommaire du premier numéro permet de juger de la variété et de l'intérêt, à la fois scientifique et pratique, des travaux qui alimenteront la nouvelle Revue. En souhaitant à celle-ci la bienvenue, nous faisons en même temps des vœux pour son prompt succès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Tout ouvrage ayant trait à la Médecine et aux Sciences Biologiques, qui sera envoyé, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris, sera analysé dans la *Gazette Médicale de Paris*, dans le plus bref délai possible, avec tous les détails nécessaires.

Album illustré des Villes d'Eaux et de Bains de Mer, 54, rue Saint-Lazare, Paris.

X***. — **Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).** — Bel album gr. in-8° de 16 pages, avec de nombreuses photogravures dans le texte. Paris, 1897.

PETITE CORRESPONDANCE

Dr X., (Nantes). — On demande à se procurer, pour compléter une collection, les numéros 1, 14, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 49, 50 de l'année 1895. — Les abonnés qui ne font pas collection et pourraient disposer des dits numéros sont priés d'en donner avis à l'Administration, 93, boulevard Saint-Germain.

AGENCE CENTRALE
DE LA
Presse Scientifique Internationale

Paris. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — Paris

AVIS TRÈS IMPORTANT

Congrès d'Hygiène et de Démographie de Madrid.
(Du 10 au 17 avril 1898)

L'Agence de la Presse scientifique, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, *est spécialement autorisée* par le Bureau du IXe Congrès international d'Hygiène et de Démographie de Madrid (10-17 avril 1898) à recevoir directement les cotisations de tous les Membres adhérents à ce Congrès.

Elle fera parvenir, aux Médecins qui auront versé dans ses bureaux le montant de la cotisation, les *cartes d'identité* et les *billets de chemins de fer* permettant de profiter d'un rabais de 50 0/0 sur les chemins de fer *français* et *espagnols*, exactement comme elle l'a déjà fait pour les autres Congrès internationaux de Médecine.

Il y a urgence à se faire inscrire *de suite* et un réel intérêt à verser le montant de la cotisation immédiatement; cela au point de vue de l'obtention rapide des billets de chemins de fer.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel Baudouin.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.